VLOGA ZA ZAPOSLITEV

**Prijava na delovno mesto: ZDRAVNIK SPECIALIST – VODJA AMBULANTE (šifra DM 26186) v Ministrstvu za notranje zadeve, Sekretariatu, Uradu za organizacijo in kadre, Službi za varnost in zdravje pri delu, Ambulanti medicine dela**

**Zveza št: 1100-186/2020**

**1) Osebni podatki:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priimek:** |  |
| **Ime:** |  |
| **Datum rojstva:** |  |
| **Državljanstvo/-va:** |  |

|  |
| --- |
| **Naslov:** *(ulica, številka, poštna številka, kraj)*      |

|  |
| --- |
| **Naslov na katerega želite, da vam pošiljamo pošto** (če je drugačen od naslova stalnega prebivališča)**:** (*ulica, številka, poštna številka, kraj)*      |

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefonska številka:** |  |
| **Elektronski naslov:** |  |

**2) Prejšnje zaposlitve**

(Prosimo navedite vse svoje prejšnje zaposlitve v kronološkem vrstnem redu od trenutne (zadnje) do prve)

|  |
| --- |
| **Trenutna oz. zadnja zaposlitev** |
| **Naziv in naslov delodajalca:** | **Obdobje zaposlitve:** |
| **Od** (mesec/leto): **Do** (mesec/leto):       /             /      **skupaj** *(let / mesecev):*      V primeru drugih oblik dela npr. avtorske pogodbe, študentskega dela **navedite število opravljenih ur** |
| **Delovno razmerje sklenjeno za: nedoločen čas [ ]  določen čas [ ]  (ustrezno označite)** |
| **Naziv delovnega mesta:**  |
| **Zahtevana raven izobrazbe:**  |
| **Vrsta dela: redno [ ]  študentsko [ ]  pogodbeno [ ]  prostovoljno [ ]  drugo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ***Opis del in nalog:*** |
| **Dolžina odpovednega roka:**  |

|  |
| --- |
| **Prejšnja zaposlitev** |
| **Naziv in naslov delodajalca:** | **Obdobje zaposlitve:** |
| **Od** (mesec/leto): **Do** (mesec/leto):       /             /      **skupaj** *(let / mesecev):*      V primeru drugih oblik dela npr. avtorske pogodbe, študentskega dela **navedite število opravljenih ur** |
| **Delovno razmerje sklenjeno za: nedoločen čas [ ]  določen čas [ ]  (ustrezno označite)** |
| **Naziv delovnega mesta:** |
| **Zahtevana raven izobrazbe:**  |
| **Vrsta dela: redno [ ]  študentsko [ ]  pogodbeno [ ]  prostovoljno [ ]  drugo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ***Opis del in nalog:*** |

|  |
| --- |
| **Prejšnja zaposlitev** |
| **Naziv in naslov delodajalca:** | **Obdobje zaposlitve:** |
| **Od** (mesec/leto): **Do** (mesec/leto):       /             /      **skupaj** *(let / mesecev):*      V primeru drugih oblik dela npr. avtorske pogodbe, študentskega dela **navedite število opravljenih ur** |
| **Delovno razmerje sklenjeno za: nedoločen čas [ ]  določen čas [ ]  (ustrezno označite)** |
| **Naziv delovnega mesta:** |
| **Zahtevana raven izobrazbe:** |
| **Vrsta dela: redno [ ]  študentsko [ ]  pogodbeno [ ]  prostovoljno [ ]  drugo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ***Opis del in nalog:*** |

Opomba: Prosimo dodajte polja po potrebi.

**3) Izobrazba**

Prosimo, da izpolnite podatke o vseh stopnjah izobrazbe, ki ste jih pridobili:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Naziv šole oz. visokošolskega zavoda** | **Izobraževalni oz. študijski program** | **Naziv strokovne izobrazbe oz. strokovni naslov** | **Datum zaključka** |
| **1** |   |   |  |  |
| **2** |   |   |  |  |
| **3** |   |   |  |  |
| **4** |   |   |  |  |

**4) Funkcionalna znanja:**

**a) opravljeni izpiti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Izpit** | **Datum** |
| **1** |  Vozniški izpit B kategorije |   |
| **2** | Specializacija iz medicine dela, prometa in športa |   |
| **3** | Licenca za delo specialista medicine dela, prometa in športa |   |
| **4** |  |   |

**b) Delo z računalnikom**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | osnovno | srednje | Odlično |
| Word | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Excel |  **[ ]**  |  **[ ]**  |  **[ ]**  |
| Access |  **[ ]**  |  **[ ]**  |  **[ ]**  |
| Power Point |  **[ ]**  |  **[ ]**  |  **[ ]**  |
| Lotus Notes |  **[ ]**  |  **[ ]**  |  **[ ]**  |
| SPIS-4 |  **[ ]**  |  **[ ]**  |  **[ ]**  |
| Mferac |  **[ ]**  |  **[ ]**  |  **[ ]**  |
| Drugo:       |  **[ ]**  |  **[ ]**  |  **[ ]**  |

**c) Znanje tujih jezikov:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jezik** | **tekoče** | **dobro** | **osnovno** |
|  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

**d) druga znanja in veščine**

**Prosimo, označite vaša znanja in veščine ter področja dela, ki jih poznate, oziroma na katerih imate delovne izkušnje.**

|  |  |
| --- | --- |
| Poznavanje in izkušnje v ambulanti medicine dela  | [ ]  |
| Poznavanje zakonodaje s področja varnosti in zdravja pri delu in obveznosti izvajalca medicine dela | [ ]  |
| Poznavanje in izkušnje na področju preventivne medicine | [ ]  |
| Poznavanje in izkušnje na področju nujne medicinske pomoči in zagotavljanja zdravstvene oskrbe na terenu | [ ]  |
| Poznavanje dela in izkušnje pri ocenjevanju delazmožnosti kot imenovani zdravnik ZZZS | [ ]  |
| Poznavanje dela in delovne izkušnje kot zdravnik izvedenec v okviru invalidske komisije | [ ]  |
| Izkušnje in opravljanje zdravstvenih pregledov za ocenjevanje zdravstvene zmožnosti za izvajanje policijskih nalog ter ocenjevanje zmožnosti za posest in nošenje orožja | [ ]  |
| Izkušnje in opravljanje zdravstvenega nadzora izpostavljenih delavcev (ionizirajoče sevanje) | [ ]  |

**Prosimo, da opisno obrazložite poznavanje področij, ki ste jih navedli, da jih poznate:**

|  |
| --- |
|       |

**5) Življenjepis**

|  |
| --- |
|       |

**6) Razlogi zaradi katerih ste se odločili, da kandidirate za razpisano delovno mesto**

|  |
| --- |
|       |

Podpisani/-a:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek: |  |
| Prejšnji priimek: |  |
| EMŠO: |  |
| Državljanstvo: |  |
|  |  |
| **Stalno prebivališče** |  |
| Ulica in hišna številka: |  |
| Poštna številka in pošta: |  |
|  |  |
| **Začasno prebivališče** |  |
| Ulica in hišna številka: |  |
| Poštna številka in pošta: |  |
|  |
| **Podatki o pridobljeni zadnji stopnji izobrazbe** |
| Ime in sedež šole/zavoda: |  |
|  |  |
| Naziv strokovne izobrazbe: |  |
| Številka listine: |  |
| Datum izdane listine: |  |

izjavljam, da:

* izpolnjujem vse formalne pogoje za zasedbo delovnega mesta za katerega kandidiram;
* za preverjanje pogojev za zaposlitev, dovoljujem Ministrstvu za notranje zadeve pridobitev zgoraj navedenih podatkov iz uradnih evidenc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj in datum: |  |  |  |
|  |  |  | (podpis) |